



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Tarkistuslista lääkärintierron toi- minnan kehittämiseksi vatsaelinki- rurgiselle vuodeosastolle

Janica Laine

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Tarkistuslista lääkärintierron toiminnan
kehittämiseksi vatsaelinkirurgiselle
vuodeosastolle**

Janica Laine
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Elokuu, 20182018

Janica Laine

Tarkistuslista lääkärikierron toiminnan kehittämiseksi vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle

2018

2018

OB

38

Opinnäytetyöni on toiminnallinen, ja sen alkuperäisenä tarkoituksena oli tuottaa toimintaohje lääkärikierron kehittämiseksi erään Uudellamaalla sijaitsevan yliopistollisen sairaalan vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle. Toimintaohjeen sijaan opinnäytetyön prosessin edetessä lopulliseksi tarkoitukseksi tuli tuottaa tarkistuslista, sillä se katsottiin sopivimmaksi lääkärikierron kehittämisvälineeksi tutkimustiedon ja opinnäytetyön menetelmän; tulevaisuuden muistelu palaverin perusteella. Tulevaisuuden muistelu on ratkaisukeskeinen menetelmä, jossa pohdinta, keskustelu ja työnteko kohdistetaan toivottuun tavoitteeseen, ja askeliin, jotka vievät sitä kohti. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää osaston toimintaa. Aihe valinnasta keskusteltiin osastonhoitajan kanssa, ja siinä päädyttiin osaston lääkärikiertokäytäntöön.

Potilaan hoidossa pyritään tarpeita vastaavaan, vaikuttavaan ja turvalliseen hoitoon. Turvallisen hoidon toteuttamisessa hyvällä tiedonkululla on suuri merkitys, etenkin kirurgisessa hoidossa, joka koostuu useista siirtymävaiheista. Onnistuneen hoidon kannalta on lisäksi tärkeää hyvä potilas-lääkäri suhde, jota luodaan ja ylläpidetään lääkärikierrolla. Lääkärin ja potilaan välinen suora keskustelu osastokierrolla edistää tiedonkulkua.

Lääkärikierron yksi tärkein ominaisuus on ammatillinen vuorovaikutus, johon tutkimusten mukaan lääkärikierron toiminnan kehittämishaasteet juuri liittyvät. Sairaanhoidajan läsnäoloa ja osallisuutta kierrolla lisäämällä voitaisiin parantaa potilasturvallisuutta ja potilaan hoidon laatua, sekä kaikkien kierrolle osallistuvien tyytyväisyyttä. Päivittäinen lääkärikierto on monitahoinen prosessi, ja siinä huono kommunikointi ja puutteellinen yhteistyö altistaa useille potentiaalisille potilasturvallisuuden riskeille.

Erilaisilla tarkistuslistoilla on pyritty lisäämään kierrolle osallistuvien ammattilaisten yhteistyötä potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Tarkistuslistat sisältävät potilaan hoidon kannalta oleellisia asioita, jotka parantavat potilaan hoidon laatua, hoidon kirjaamista ja raportointia ja lisäävät potilaan aktiivisuutta omaan hoitoonsa liittyvään asioiden käsittelyyn. Tarkistuslista on lisäksi hyödyllinen opiskelijoille ja uusille työntekijöille perehdytysvaiheessa.

Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin tarkistuslista lääkärikierron toiminnan kehittämisvälineeksi. Tarkistuslista räätälöitiin vatsaelinkirurgisen vuodeosaston tarpeita vastaavaksi, huomioiden sinne sijoittuvat hoidon erityispiirteet. Vatsaelinkirurgisella vuodeosastolla leikatun potilaan tarkkailussa ja hoidossa painottuvat ravitsemustilan, nestetasapainon, leikkaushaavan, vatsan tilan, erityis- ja suolen toiminnan käynnistymisen seuranta ja hoito. Hoidossa pyritään varhaiseen mobilisaatioon ja hyvään kivunhoitoon toipumisen edistämiseksi. Opinnäytetyön tuotosta voidaan pitää onnistuneena, jos tarkistuslista otetaan pysyvästi käyttöön osastolla.

Asiasanat: Lääkärikiertokäytännöt, hoitotyön kehittäminen, kirurginen hoitotyö, potilasturvallisuus, toimintaohje, kirurgisen hoitotyön tarkistuslista

Janica Laine

A checklist for the development of a patient round in the abdominal surgery ward

2018

2018

38

The original purpose of this functional thesis was to produce a code of conduct for a University Hospital at Uusimaa to develop its ward round in Belly Body Surgery Ward. Instead of code of conduct, as the thesis process progressed, the final purpose was to produce a checklist as it was considered to be the most suitable method for the development of the ward round as a research data and a thesis work method; the memory of the future on the basis of a plate. Rememberance of the future is a solution-centered method in which reflection, discussion and work are targeted at the desired goal and the steps that take it towards it. The aim of bachelor's thesis is to develop wards activities. The topic of the theme was discoursed with a ward sister and was ended up to the medical standard of a rotation.

The aim of a patient care is to provide care which is effective, safe and answers to the patient needs. Flow of information has a huge importance in excuting a safe care especially surgical care which consists many periods of transition. A good relationship between a doctor and a patient is also important in a succesfull care. This relationship is being created and maintained in a patient rounds. Open conversation between a doctor and a patient benefits the flow of information in a patient rounds.

The most important feature of a medical rotation is a professional interaction. Studies show that this interaction is a challenging development area. By increasing presence of a nurse in a ward rounds is a possibility to improve both patient safety and quality of a patient care and also satisfaction of all participants of the medical rotations. Daily medical rotation is a complex process where poor communication and a lack of cooperation lay it open for several potential risks of a patient safety.

The cooperation of professionals participating in a medical rotations has been tried to improve by using different kind of checklists in matters of patientcare. The checklists contain substantive matters of the patientcare. They also increase patients own activity in matters of their own care. The checklists are also useful for students and new employees in orientating.

As a result of the thesis, a checklist was created for the development tool of the function of patient round. The checklist was tailored to meet the needs of the abdominal surgical ward, taking into account the special features of the treatment. Observe and care of the patients operated in Belly Body Surgery Ward is emphasized on nutritional status, fluid balance, surgical wound, abdomen status, tracking and care of excretion and bowel movement. The aim of the care is early mobilization and good pain management in order to encourage the recovery. Abdominal organ surgical ward of the for Belly Body Surgery Ward medical rotations were made as a result of this thesis and it was customizes for the ward by taken into account special features of the care at the ward. The thesis can be kept successful if the checklist will be taken in to use at the ward permanently.

Keywords: patient round, patient safety, surgical care, to develop nursing, a checklist

Sisällys

1	Johdanto	6
2	LÄÄKÄRINKIERTO	7
2.1	Lääkärinkierto vuodeosastolla	7
2.2	Lääkärinkierron rakenne ja tehtävät	8
2.3	Vuorovaikutus lääkärikierrolla	9
3	HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN KIRURGISELLA VUODEOSASTOLLA	10
3.1	Hoitotyö kirurgisella vuodeosastolla.....	11
3.2	Potilasturvallisuus	12
3.3	Toimintaohje ja tarkistuslista kehittämisen työvälineinä	13
3.4	Kirurgisen hoitotyön tarkistuslista	15
4	TYÖELÄMÄKUMPPANI.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	16
6	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	17
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	17
6.2	Tulevaisuuden muistelu.....	17
6.3	Opinnäytetyön toteutus.....	18
6.4	Tarkistuslistan laatiminen	20
7	POHDINTA.....	22
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	22
7.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi	23
7.3	Opinnäytetyön tuotoksen arviointi.....	24
	LÄHTEET.....	27
	LIITTEET.....	33

Lääkärinkierrolla on pitkä historia sairaalaosastojen päivärutiinissa (Mattila, Leino, Collin & Sand 2013). Voisi sanoa, että siellä missä sairaala, siellä myös lääkärinkierto (O' Hare 2008). Nykyisin yhä edelleen lääkärinkierto on merkittävä, tavanomainen ja aikaa vaativa käytäntö sairaaloissa. Kierrolla perinteen mukaan suunnitellaan ja arvioidaan potilaan sen hetkistä terveydentilaa, hoitoa ja sen vaikuttavuutta. Lääkärinkierto toimii myös opetustilaisuutena erikoistuville lääkäreille tai sairaanhoitajiksi opiskeleville. (Mattila ym. 2013.) Nykyisellä lääkärinkierron toimintamallilla on todettu olevan kielteisiä vaikutuksia sekä hoidettavalle että kiertävälle lääkärille (O' Hare 2008). Potilasturvallisuuden ja potilaslähtöisyyden haasteita kierrolla saattavat usein olla kiire, resurssien puute, rutiinit, asiantuntijalähtöisyys sekä asenneongelmat (Järnström 2011, 238). Lääkärinkierto on oleellinen toiminto sairaaloissa, joten sen rakennetta ja muita siihen liittyviä asioita tulee arvioida tarkasti (Mattila ym. 2013).

Potilasturvallisuus on koko terveyden- ja sairaanhoidon perusta. Se käytännössä tarkoittaa sitä, että potilaan hoito toteutetaan parhaalla mahdollisella tavalla, oikea-aikaisesti, moniammatillisena yhteistyönä, ja niin, että potilas osallistuu siihen itse aktiivisesti. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.) Hoitotyö on ihmisen toteuttamaa, inhimillistä toimintaa, ja siihen osaksi kuuluu, että virheitä ja vahinkoja sattuu. Useissa maissa on tehty turvallisuuskartoituksia ja niiden pohjalta on arvioitu, että joka kymmenes sairaalapotilas kärsii jostakin hoidon haittavaikutuksesta, joka sadas potilas saa vakavan haitan ja yhdellä tuhannesta haitta tai virhe on kuolemaan johtava. Vertailukelpoisten maiden tulosten on katsottu vastaavan myös Suomen tilannetta. (THL 2011.)

Terveydenhuollon toimintaympäristö muuttuu, ja siksi sen toimintojen kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta pystymme takaamaan sairastuneelle potilaalle laadukkaan, turvallisen, ja mahdollisimman tehokkaan hoidon. Sairaanhoitajan työhön, ammattitaitovaatimuksiin ja vastuualueeseen kuuluu hoitotyön kehittäminen ja sen uudistusten mukaisesti toimiminen. Terveyden- ja hyvinvointialan uusien toimintatapojen rutiininomainen käyttöönotto vaatii kuitenkin moniammatillista yhteistyötä, ja näin ollen vaatii jokaisen siihen osallistuvan sitoutumista. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, & Uski -Tallqvist 2016, 16-26.)

Opinnäytetyön aiheeni valikoitui Uudellamaalla sijaitsevan yliopistollisen sairaalan vatsaelin-kirurgisen vuodeosaston tarpeesta kehittää ja tehostaa osaston toimintaa. Aihevalinnassa päädyttiin lääkärinkiertoon ja sen kehittämiseen. Aihe päätettiin yhdessä osastonhoitajan kanssa. Lääkärinkierto on jo pitkään pysynyt muuttumattomana osaston toimintona, ja sen nykyiselle toiminnan kehittämiseksi koetaan olevan tarvetta. Opinnäytetyöni liittyy myös oh-

jaus hoitotyössä hankkeeseen. Opinnäytetyöni on toiminnallinen, ja sen tarkoituksena on tuottaa toimintaohje lääkärinkierron kehittämiseksi vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle. Toimintaohjeen sijaan opinnäytetyön tuotoksena laaditaan tarkistuslista, sillä se katsotaan sopivimmaksi lääkärinkierron kehittämisvälineeksi tutkimustiedon ja opinnäytetyön menetelmän; tulevaisuuden muistelu -palaverin perusteella. Tarkistuslistan avulla pyritään selkeyttämään osaston lääkärinkiertokäytäntöä ja jokaisen siihen osallistuvan roolia, sekä parantamaan vuorovaikutusta, jotta lääkärinkierto olisi kaikkia osapuolia palveleva ja hyödyttävä, sekä osaston toimintaa edistävä ja tehostava, potilaslähtöinen toiminto. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyön- sekä osaston toimintaa.

2 LÄÄKÄRINKIERTO

2.1 Lääkärinkierto vuodeosastolla

Lääkärinkierroksi, osastokierroksi tai potilaskierroksi voidaan kutsua sairaalaosaston tapahtumaa, jossa lääkäri yhdessä hoitajan ja muiden osallistuvien kanssa kiertää potilashuoneissa tapaamassa potilaita ja keskustelemassa heidän sen hetkisestä voinnista ja hoitoon liittyvistä asioista. Kierto on tunnettu ja saman kaavan mukaan toistuva tapahtuma sairaalan osastolla (Lämsä 2013, 79.) Kiertokäytännöissä tosin vaihtelua esiintyy paikallisesti ja eri kulttuureissa (O'Hare 2008). Lääkärinkiertoa toimii myös oppimistilanteena lääkäreiksi tai hoitajiksi opiskeleville (Mattila ym. 2013).

Lääkärinkierto on lääkärille keino kommunikoida potilaan kanssa ja vaalia potilas-lääkärisuhdetta. Sen aikana toteutuu myös lääkärin ja hoitajan välinen yhteydenpito ja yhteistyö. (Måseide 1987.) Lääkärinkierto on tiedonkulun kannalta merkittävä, sillä sen myötä lääkärillä on mahdollisuus saada ensikäden tietoa potilaalta itseltään ja potilaalla puolestaan mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimustuloksiin ja hoitoonsa liittyen lääkärille (Weber, Stöckli, Nübling & Langewitz 2007). Lääkärit pystyvät lääkärinkierron aikana lisäksi punta-roimaan hoitajien työskentelyä ja tarkastelemaan potilasta kokonaisvaltaisesti (Måseide 1987).

2.2 Lääkärinkierron rakenne ja tehtävät

Lääkärinkierron osallistujajoukko vaihtelee eri sairaaloiden ja osastojen välillä. Riika-Leena Mäntylä (2017) on kuvannut omassa tutkimusaineistossaan kierrolle osallistuvan osastonlääkärin, potilaan omahoitajan, osaston vastaavan hoitajan sekä yhden tai kaksi erikoistuvaa lääkäriä. Joskus mukana on myös sairaanhoitajaopiskelija, joka on lähinnä sivustaseuraajan roolissa. Tietokone on mukana apuvälineenä kierrolla, josta voidaan katsoa tietoa potilaan tutkimustuloksista ja hoitotyön toiminnoista osastolla. Lääkäri kirjaa sinne myös potilaan jatkohoitosuunnitelman ja päivitetyn lääkityksen. Hoitajat kirjaavat lisäksi omia muistiinpanojaan yleensä paperille. (Mäntylä 2017.)

Lääkärinkierto alkaa potilaiden tietoihin perehtymällä, joita lääkäri käy läpi potilashuoneen ulkopuolella ennen sinne menoa. Tarvittaessa hän kysyy lisätietoja potilaasta hoitajalta. Tämän jälkeen siirrytään potilashuoneeseen, jonne yleensä lääkäri menee ensimmäisenä, ja aloittaa keskustelun potilaan kanssa. (Mäntylä 2017.) Lääkärinkierron keskusteluissa käydään läpi potilaan terveydentilaan, sairauteen, sairauden ennusteeseen, hoitoihin, tutkimustuloksiin, lääkitykseen ja jatkohoitoon liittyviä asioita. Lääketieteellisten aiheiden lisäksi lääkärinkierrolla keskustellaan potilaan elämäntilanteesta. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tietää potilaan taustasta ainakin asumisolosuhteista, sosiaalisista suhteista ja elämäntavoista. (Lämsä 2013, 90-91.) Potilaat tarvitsevat henkilökohtaiseen tilanteeseensa sopivaa suullista ja kirjallista tietoa sekä odottavat hoitoon liittyvien asioiden perustelua, jota he toivovat lääkärinkierrolta saavan. Useimmiten he myös odottavat, että perheenjäsenille annetaan mahdollisuus olla sairaalassa heidän lähellään ja mukana erilaisissa ohjaus- ja neuvontatilanteissa, kuten lääkärinkierrolla. (Halkett, Lobb, Oldham & Nowak 2010.) Keskustelu on aluksi kahdenkeskistä potilaan ja lääkärin välillä, mutta jossain vaiheessa keskusteluun liittyvät myös muut kierrolla olijat. Lääkäri saattaa kysyä potilaan omahoitajalta täydentäviä, potilaan hoitoon liittyviä asioita tai hoitajat saattavat omatoimisesti osallistua keskusteluun täydentämällä tietoja potilaasta tai esittäen siihen liittyviä kysymyksiä lääkärille. (Mäntylä 2017.) Hyvän potilas-lääkärisuhteen katsotaan olevan yksi tärkeimmistä potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Sairaalaosastolla potilas ja lääkäri saattavat tavata toisensa ainoastaan lääkärinkierrolla, joten se on tilanne, jolla potilas-lääkärisuhde luodaan ja sitä ylläpidetään. (Lämsä 2013, 89.)

Potilaskierrolla laadun, potilaan kokemuksen ja potilasturvallisuuden tulisi olla ensisijaisia. Päivittäinen lääkärinkierto on monitahoinen prosessi, joka sisältää lukuisia potentiaalisia riskejä potilasturvallisuudelle. Virheet, jotka saavat alkunsa lääkärinkierrolla ovat suora riski potilasturvallisuudelle. (Hale & Duncan 2015.) Perinteinen lääkärinkierto on kiistämättömän järjestelmällinen ja yhteisöllinen takaamaan kunnollisen ja yksilöllisen potilaan hoidon. Huolimatta siitä, että moniammatillinen lääkärinkierto on laajasti hyväksytty, hoitotyössä epäon-

nistutaan työmäärän järjestämisessä tarpeeksi hyvin, jotta moniammatillinen lääkärinkierto todella toimisi. (Amin, Grewcock, Andrews & Halligan 2012.)

2.3 Vuorovaikutus lääkärinkierrolla

Lääkärinkierron yksi tärkein ominaisuus on ammatillinen vuorovaikutus, joka ilmenee lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä. Keskustelun tulisi hipoa täydellisyyttä, jotta hoidon aiheutamilta haitoilta välttyttäisiin ja tehokkuus potilaan hoidossa lisääntyisi. (Desai, Herring & Galdwell 2011.) Tutkimuksissa (Grant 2008; Järnström 2011) esiin nousseiden lääkäreiden ja hoitajien kokemusten mukaan kierrot ovat harvoin potilaslähtöisiä jatkuvan kiireen vuoksi. Hoitajien osallistuminen lääkärinkierrolla käytävään keskusteluun ja päätöksentekoon on yleensä vähäistä (Walton & Steinart 2010). Lääkärit kokevat, että tiedonanto on pääosin heidän tehtävänsä. Lääkärit kuitenkin odottavat hoitajan antavan lisätietoa potilaaseen liittyen. Joka tapauksessa hoitajan ja lääkärin välinen yhteinen keskustelu jää kierrolla vähäiseksi. (Desai ym. 2011.)

Lämsän (2013) mukaan myös muissa tutkimuksissa on tuotu esiin lääkärin hallitsevaa asemaa ja hoitajan passiivisuutta lääkärinkierrolla. Hoitajan passiivisuuden on ajateltu johtuvan muun muassa lääkäreiden ja hoitajien erilaisista näkökulmista, yhteisen kommunikointitavan puutteesta tai hoitajien puutteellisesta koulutuksesta (Manias & Street 2001). Hoitajan ja muun henkilökunnan vetäytymistä etenkin lääkärinkierron alkuvaiheessa voidaan tulkita myös potilas-lääkärisuhteen kunnioittamisena. Hoitajan keskustelusta vetäytyminen mahdollistaa lääkärille tilanteen haltuunoton ja kasvattaa näin potilaan luottamusta lääkäriä kohtaan. Tämä lisää potilaan luottamusta myös tiedon salassapidon näkökulmasta, kun lääkärinkiertotilanteessa kahdenkeskinen potilaan ja lääkärin välinen keskustelu korostuu. (Lämsä 2013, 89-90.)

On myös niin, että lääkärit eivät tunnista hoitajan tehtävää ja roolia kierrolla (Moret, Rochedreux, Chevalier, Lombrail & Gasquet 2008). Hoitajan pääasiallinen tehtävä on lääkärin antaman tiedon täydentäminen. Lisäksi hoitajat käyvät vielä kertaalleen yhdessä potilaan kanssa kierron jälkeen asioita läpi, ja selventävät potilaalle ne kohdat joita nämä eivät ole lääkärin puheesta ymmärtäneet. Hoitajat myös rohkaisevat potilasta kysymään hoitoonsa liittyvistä asioista lääkäriltä ja esittävät potilaalle kysymyksiä, tuoden heidän näkökulmansa paremmin esille. (Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos 2011.) Sairaanhoitajan läsnäoloa ja osallisuutta kierrolla lisäämällä voidaan osastolla parantaa potilasturvallisuutta ja potilaan hoidon laatua, sekä kaikkien kierrolle osallistuvien tyytyväisyyttä (Desai ym. 2011).

3 HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN KIRURGISELLA VUODEOSASTOLLA

Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on potilaan laadukas ja vaikuttava hoito. Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajankohtaisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoidossa sekä hänen omaistensa huomioimisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuva toiminta integroi potilaiden hoitoa, sosiaali- ja terveysalan toimintayksiköiden ja opetuksen käytäntöjä, tehostaa toimintaa, parantaa hoidon laatua sekä lisää henkilöstön ammattitaitoa. (STM 2009).

Terveystieteiden kuluahdinko eri puolilla maailmaa on asettanut organisaatioille haasteen kiinnittää huomio käytössä olevien hoitomenetelmien monipuolisuuteen ja siten myös niiden tehokkuuteen. Sopivimman hoidon valinta edellyttää, että ratkaisujen apuna käytetään parasta mahdollista tutkimusnäyttöä. Päätöksenteon perustuessa luotettavimpaan tietoon voidaan potilasta hoitaa parhaiten sen tarpeisiin vastaten. Luotettava tieto hoitomenetelmien vaikuttavuudesta ehkäisee myös sellaisten hoitotapojen käyttöä, joilla ei päästä potilaan hoidolle asetettujen tavoitteiden mukaiseen lopputulokseen tai joista koituu jopa selvää haittaa potilaalle. Eettisestä näkökulmasta katseltuna ei ole oikein hoitaa potilaita menetelmillä, joiden vaikuttamattomuudesta on jo saatavilla tutkittua tietoa tai toisaalta olla toteuttamatta hoitoa tavalla, jonka hyöty on tutkimuksella osoitettu. Potilaan laadukas hoito tarkoittaa myös sitä, että hoidonvaihtelu ei ole kiinni hoitopaikasta tai sen toteuttajasta. (Hotus 2018.)

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä voidaan kuvata kahdella eri asteella: hoidon yhteen sovittaminen ja yksittäisen työntekijän ratkaisunteko. Hoidon yhteen sovittamisessa on kyse tietyn potilasryhmän hoitomenetelmien yhtäläistämisestä parhaaseen olemassa olevaan tutkimusnäyttöön (esim. hoito- tai hoitotyön suositukseen tai järjestelmälliseen katsaukseen) niin, että jokaisella on samankaltaiset mahdollisuudet tulla mitä parhaiten hoidetuksi asuin- tai hoitopaikastaan riippumatta. Tällöin tutkimusnäytöksi ei riitä sattumanvaraisesti poimittujen yksittäisten tutkimusten näyttö, sillä ne eivät anna luotettavaa tietoa eri menetelmien toimivuudesta tai hyödystä potilaalle. Näyttöön perustuvat yhtenäiset toimintatavat, jotka perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tutkittuun tietoon toimivat yksittäisen työntekijän päätöksenteon pohjana. Tieto yksittäisistä tutkimuksista on työntekijöille tarpeen siinä tapauksessa, kun saatavilla ei ole valmiiksi arvioitua ja tiivistettyä tutkimusnäyttöä, esimerkiksi hoitotyön suositusta, ja he tarvitsevat sitä työskentelynsä avuksi, ammattitaitonsa parantamiseksi sekä päätöksentekonsa tueksi. (Hotus 2018.)

Näyttöön perustuva käytännön kehittäminen lähtee liikkeelle kehittämistarpeen havaitsemisesta. Syy toiminnan uudistamiselle voi tulla potilaspalautteesta, henkilökunnan havainnoista tai hoidosta saadun informaation kautta esiin, kuten esimerkiksi vajavaisesta valmistelusta

johtuva toimenpiteen peruuntuminen. On tärkeää, että nykyisiä käytäntöjä kyseenalaistetaan, jotta ongelmat nousevat esiin ja niitä ratkaistaan. Niissä toimintapaikoissa, joissa työn kehittäminen koetaan tärkeäksi, ovat esimiehet ja työntekijät myönteisiä toimintatapojen muutokselle ja motivoituneita puntaroimaan käytäntöjen vaikutuksia potilaan hoitovasteesseen. Tämä vahvistaa myös hoitotyöntekijöiden osallisuutta oman työnsä kehittämisessä, lisää tyytyväisyyttä työtä kohtaan, sekä vahvistaa ammatillista itsetuntoa. (Jylhä, Mäkelä & Korhonen 2017.)

3.1 Hoitotyö kirurgisella vuodeosastolla

Kirurgisia sairauksia sairastavien potilaiden toimintaympäristöön kuuluvat moniammatillinen tiimityö, kirurginen ajanvarauspoliklinikka, leiko, päiväkirurginen yksikkö sekä kirurginen vuodeosasto (Ahonen ym. 2016, 100). Kirurgista hoitoa ovat erilaiset kajoavat toimenpiteet, kuten leikkaukset ja tähytykset (Hammar 2011, 11). Potilaat tulevat leikkauksiin joko elektiivisesti, eli suunnitellusti ajanvarauksella tai päivystyksestä. Suomessa tehdyistä leikkauksista noin 65 prosenttia on elektiivisiä ja 35 prosenttia päivystysleikkauksia (Hammar 2011, 11). Kirurgia on potilaiden ja hoitajaksojen määrällä mitattuna suurin erikoisala Suomessa (THL 2011).

Kirurgisten sairauksien hoidossa puhutaan perioperatiivisesta hoitoprosessista, joka ajallisesti ja toiminnallisesti sisältää kolme vaihetta: leikkausta edeltävän (preoperatiivisen), leikkauksen aikaisen (intraoperatiivisen) ja leikkauksen jälkeisen (postoperatiivisen) vaiheen (Ahonen ym. 2016, 100-101).

Postoperatiivisessa vaiheessa korostuu potilaan tilan arviointi ja muutosten vertaaminen leikkausta edeltävään ja leikkauksenaikaiseen vaiheeseen (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 22). Tämä hoitotyön vaihe alkaa, kun potilaan leikkaus on ohi, ja hänet siirretään heräämöhön. Heräämössä leikkauksesta toipuvia potilaita seurataan tarkasti. Seurattavia asioita potilaan tilassa ovat verenkierto, hengittäminen, sydämentoiminnan tarkkailu, leikkausalueen ja mahdollisen dreenerityksen seuranta, virtsaamisen tarkkailu, nesteohjelman toteuttaminen sekä potilaan kivun ja pahoinvoinnin seuranta ja hoito. Ennen vuodeosastolle siirtoa potilaan elintoimintojen, nestetasapainon ja virtsanerityksen tulee olla vakaat. Potilaan hengityksen tulee olla vapaata ja helppoa. Potilaan tulee lisäksi olla tajuissaan, aikaan ja paikkaan orientoitunut sekä kyetä liikuttamaan raajojaan ja nostamaan päätään tyynystä. Leikkaushaavan sidokset tulee olla siistit, ja haava- ja laskuputkien vuoto vähäistä. Osastolle siirryttäessä potilaalla saa olla vain lievää pahoinvointia tai kipua. Potilaan aika heräämössä vaihtelee voinnin ja sen

edistymisen mukaan. Voinnin koheneminen ja toimenpiteestä palautuminen on yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat tehdyn toimenpiteen lisäksi potilaan perussairaudet ja yleiskunto. Potilaan luovutushetkellä heräämön sairaanhoitaja antaa vuodeosaston sairaanhoitajalle potilaasta raportin. (Ahonen ym. 2016, 109-110.)

Kirurgisen potilaan postoperatiivinen hoito vuodeosastonnäkökulmasta tarkoittaa leikkauksen jälkeistä toipumista, kuntoutumista sekä ohjausta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 22). Potilas tuodaan heräämöstä vuodeosastolle omaan huoneeseen. Heti tämän jälkeen potilaalta mitataan verenpaine, syke, saturaatioarvo ja hengitystaajuus. Potilas tuetaan hyvään asentoon ja vointia sekä omia tuntemuksia tiedustellaan. Tämän lisäksi tarkastetaan haavasidokset, mahdollinen dreenieritys ja virtsamäärä, infuusionesteet ja tarvittava tai meneillään oleva kipulääkitys. Kaikki mitatut arvot sekä huomiot potilaan tarkkailusta ja voinnista kirjataan, ja tehokasta seurantaa jatketaan vähintään seuraavaan aamuun saakka. Potilaan postoperatiivisella seurannalla pyritään ennakoimaan hänen tilansa huononemista, ja mahdollisten komplikaatioiden syntymistä. Tähän on kehitetty MET eli Medical Emergency Teamin hälytyskriteerit, jotka liittyvät potilaan hengityksen, verenkierron, tajunnan, virtsanerityksen, elimistön sokeripitoisuuden, ruumiinlämmön ja haavan tai mahdollisen dreenin verenvuodon seuraamiseen. Näiden asioiden lisäksi sairaanhoitajan tehtäviin osastolla kuuluu potilaan ulostamisen, ravitsemuksen ja nestetasapainon, pahoinvoinnin, kivun ja mobilisoitumisen seuranta, hoito ja arviointi. (Ahonen ym. 2016, 111-114.)

3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas tulee tarpeidensa mukaan vaikuttavalla tavalla hoidetuksi menetelmillä, joista koituu mahdollisimman vähän haittaa tai kärsimystä. Laajemmin määriteltynä potilasturvallisuuteen sisältyy terveydenhuollon ammattilaisten, toimintapaikkojen ja organisaatioiden periaatteet ja menettelytavat, joilla taataan potilaille terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen luotettavuus. Näin ollen potilasturvallisuuteen katsotaan kuuluvaksi vielä sairauksien ennaltaehkäisy, diagnostiikan sekä hoidon ja kuntoutuksen luotettavuus. Myös lääkitysturvallisuus kuuluu osaksi potilasturvallisuutta. (THL 2011.)

Suomessa on tilastojen mukaan turvallista mennä leikkaukseen (Pearse, Moreno & Bauer 2012). Siitä huolimatta haittatapahtumiakin esiintyy (Vironen 2014). Kirurgisen potilaan hoitoon osallistuvat useiden erikoisalojen ja ammattiryhmien edustajat. Lisäksi sairaalahoito koostuu useista siirtymisistä: preoperatiivisesta vaiheesta kirurgisen toimenpiteen kautta heräämöhoidon ja sieltä vuodeosastolle. Myös terveydenhuollon järjestelmät ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi, joten oleellista onnistuneen hoidon kannalta on hyvä tiedonkulku.

(Tamminen & Metsävainio 2015.) Merkille laitetuista terveydenhuollon haittatapahtumista jopa 65 %:iin liittyy tiedonkulun ongelmiin (Sentinel Event Data 2015).

Kirurgisen potilaan hoitoon liittyvistä virheistä jopa yli puolet tapahtuu pre- tai postoperatiivisesti leikkaussalin ulkopuolella (Pesonen 2011). Perioperatiivisten riskien hallinta asettaa suuria vaatimuksia moniammatilliselle osaamiselle, koska yhä iäkkäämmille ja sairaammille potilaille tehdään suuriakin kirurgisia toimenpiteitä. Leikkauksen komplikaatioriskit korostuvat erityisesti silloin, jos hoidettavana on lähinnä elämänlaatua heikentävä vaiva, jota kirurgian avulla voidaan tehdä siedettävämmäksi. Ilman kirurgista hoitoa kuolemaan johtavan sairauden kohdalla leikkaukseen liittyvään riskiin on luonnostaan helpompi myöntyä. (Vironen 2014.)

Tutkimusten (Kadzielski, McCormick, Herndon, Rubash & Ring 2015; Bruinsma, Becker, Guitton, Kadzielski & Ring 2015) mukaan kirurgien asenteet vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Riskialttiiksi luokiteltava ylimielinen tai itsevarma asenne ennusti 19 prosenttia uusintaleikkausten ja toistuvien sairaalakäyntien tarpeen vaihtelusta. Tutkimuksissa on myös yhdytty ilmailuturvallisuuden asiantuntijoiden katsomukseen siitä, että tietoisuus asenteiden parantamisesta voi lisätä turvallisuutta.

3.3 Toimintaohje ja tarkistuslista kehittämisen työvälineinä

Toimintaohjeet tukevat erilaisten tilanteiden ja toiminnan jäsentämistä, lisäävät toiminnan eri vaiheiden ymmärrystä ja helpottavat suorittamista. Hyviä ohjeita voidaan laatia monin eri tavoin. Hyvä ohje palvelee juuri sitä tahoa, esimerkiksi sairaalaa, jolle ohje on kehitetty. (Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 34.)

Käytännön hoitotyön tarpeet ja ongelmat ovat ohjeen laatimisen lähtökohta. Hyvän ohjeen laatiminen aloitetaankin miettimällä kenelle ohje ensisijaisesti tehdään. Hyvä ohje herättää sen lukijassa ajatuksia. Ohjeen sisältöä kuvaavan otsikon lisäksi ohjeen ensimmäisestä virkkeestä tulee käydä esiin mistä ohjeistuksessa on kysymys. (Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 35-36.)

Tarkistuslistan käyttö muissa turvallisuuskriittisillä aloilla, kuten ilmailu-, sotilas-, ja kuljetusaloilla puhuu sen potentiaalisuuden puolesta myös terveydenhuollossa. Tarkistuslistan käyttöönoton myötä vakavia haittatapahtumia on voitu estää ja sitä kautta myös terveydenhuollon kustannukset ovat pienentyneet. (Amin ym.2012.) Lentoliikenteessä havaitun teorian

mukaan ihmiset tekevät virheitä ja tarkistuslistat mahdollistavat niiden havaitsemisen ja korjaamisen ennen kuin ne aiheuttavat vahinkoa. Tarkistuslista ei sanele miten asioita tulisi tehdä, tai missä järjestyksessä, vaan niiden avulla suullisesti vahvistetaan asiat tehdyiksi ennen operatiivisen hoidon seuraavaa vaihetta. Jos jotain asiaa ei olla tehty tarkistuslista ohjaa korjaavan toimenpiteen käyttöönottoon. (Weiser, Haynes, Lashoher, Dziekan, Boorman, Berry & Gawande 2010.)

Lääkärinkierron toiminnan kehittämishaasteet liittyvät potilaan, lääkärin ja hoitajan keskinäiseen vuorovaikutukseen. Hoitajien osallistuminen kierrolla on yleensä vähäistä, samoin opiskelijoiden, vaikka he kokevatkin kierrot hyödyllisiksi oppimistilanteiksi. (Mattila ym. 2013.) Erilaisilla tarkistuslistoilla on pyritty lisäämään kierrolle osallistuvien ammattilaisten yhteistyötä potilaan hoitoon liittyvissä asioissa (Desai ym. 2011). Tarkistuslista on edistänyt ja mahdollistanut korkealaatuisen ja turvallisen hoidon parantaen tiimityötä ja potilaan kanssa kommunikointia, ja näin ollen lisännyt sekä ammattilaisten, että potilaan tyytyväisyyttä (Herring, Desai & Caldwell 2011).

Tarkistuslista on muodollinen lista, jota käytetään eri tekijöiden tunnistamiseen, aikatauluttamiseen, vertaamiseen tai vahvistamiseen. Sitä käytetään myös kuvallisen tai sanallisen muistin apuna. (Weiser ym. 2010.) Tarkistuslistan idea on yksinkertaisilla tavoilla estää vaaratilanteiden ja komplikaatioiden syntymistä (Hale & Duncan 2015). Tarkistuslistat sisältävät potilaan hoidon kannalta oleellisia asioita, jotka parantavat potilaan hoidon laatua, hoidon kirjaamista ja raportointia ja lisäävät potilaan aktiivisuutta omaan hoitoonsa liittyvään asioiden käsittelyyn. Tarkistuslistat myös lisäävät hoitajan ja lääkärin keskinäistä vuorovaikutusta ja vähentävät lääkevirheitä. (Desai ym 2011.) Opiskelijat käyttävät tarkistuslistaa opittujen asioiden kertaamiseen ja kokevat tarkistuslistat oppimista edistäviksi (Conigliaro ja Stratton 2010 [Mattila ym 2013]).

Tarkistuslistalla pyritään määrittämään joka askel hoidossa, jotta se olisi tehokasta ja vaikuttavaa. Tähän pääsemiseksi tulee keskittyä asioihin, jotka ovat tunnistettavissa, mutta jotka ovat kohtalokkaita, jos niitä ei havaita. Ja jos ei kohtalokkaita, niin sitten korkea riski, että ne jätetään huomiotta toistuvasti. Pyrkimys kokonaisvaltaisen ja toteuttamiskelpoisen tarkistuslistan luomisessa on saada työntekijät kommunikoimaan ja parantamaan keskinäistä vuorovaikutusta. Sen lisäksi tarkistuslista pelastaa kuolemilta ja saattaa asioita loppuun. (Weiser ym.2010.)

Tarkistuslistaan on koottu hoitotyössä hyvin tunnettuja riskin lähteitä, jotka aiheuttavat usein haattatapahtuman, jos niitä ei rutiininomaisesti, päivittäin tarkasteta. Tarkistuslistan tarkoituksena on varmistaa, että nämä riskitekijät käydään johdonmukaisesti läpi. Se myös ohjaa moniammatillisia tiimejä tiedon jakamisessa ja selkeyttämisessä ammattilaisten sekä potilaiden välillä lääkäinkierron aikana. Huonon kommunikointi ja puutteellinen yhteistyö saattaa

altisaa ehkäistävissä oleville riskeille, kuten infektioille, elimistön kuivumiselle, huonoon ravitsemustilaan, ja syvään laskimoveritulppaan. Tarkistuslistaa voidaan käyttää monessa yhteydessä, kuten muistin apuvälineenä, tiedonjaossa, ja raportin perustana tai ohjemallina. (Amin ym. 2012)

Tarkistuslista kuvaillaan pääasiassa moniammatillisen tiimin työkaluna lääkärinkierto käyttöön. Vaikka tarkistuslista on tarkoitettu potilaan hoidon turvallisuutta edistämään, on kuitenkin vaara, että se kääntää ammattilaisen huomion pois asiaankuuluvasta vuorovaikutuksesta potilaan kanssa. Tarkistuslistan avulla ei myöskään pyritä osoittamaan, millainen lääkärinkierron rakenne tulisi olla, vaan se tarjoaa käytännöllisen ja ajanmukaisen mallin niille, joilla ei ole selkeää lääkärinkierron rakennetta vielä. Tarkoituksena ei ole tyrkyttää yhtä tiettyä lääkärinkierron mallia, vaan jokainen tiimi käyttää tarkistuslistaa niin kuin parhaaksi näkee. (Amin ym. 2012.)

3.4 Kirurgisen hoitotyön tarkistuslista

Kirurginen hoitotyö on olennainen osa maailmanlaajuisista terveydenhuollosta. Kirurgisella hoidolla saatetaan estää elämän tai raajan menetys, mutta siihen liittyy myös huomattava komplikaatioiden ja kuoleman vaara, joista kuitenkin suurin osa olisi estettävissä. Komplikaatioiden ennaltaehkäisy vaatii kuitenkin terveydenhuollon järjestelmien ja yksittäisten työntekijöiden toimintatapojen muutosta. (Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatala, Lapitan, Merry, Moorthy, Reznick, Taylor & Gawande 2009.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) teki aloitteen parantaa kirurgian turvallisuutta ympäri maailman. Onnistuakseen tässä tiimi räätälöi tarkistuslistan, jota voitaisiin hyödyntää kaikkialla missä kirurgiaa toteutetaan. (Weiser ym. 2010.) Tarkistuslistojen käyttö kirurgisessa hoitotyössä vähentää postoperatiivisten komplikaatioiden määrää ja kuolemia. Se lisää myös vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan välillä ja ehkäisee laiminlyöntejä ja viivästyksiä hoitotoiminnoissa. (Haynes ym. 2009.)

Perinteinen kirurgian kulttuuri on jäykkä ja vastustaa muutoksia perinteisiin tapoihin, kuten tarkistuslistan käyttöönottoa. Koska tarkistuslistan käyttö kohtaa usein huomattavaa vastustusta ja epäilyä sen arviointi lisäämään tehokkuutta potilaan hoidossa ja potilaan hoidon lopputuloksessa on välttämätöntä. Tulosten mukaan on kiistatta kuitenkin osoitettu tarkistuslistan tärkeys turvallisuutta parantavana työkaluna ja hoitoon vaikuttavana tekijänä. Tarkistuslistan käyttö terveydenhuollossa on yhä yleisempää. (Weiser ym. 2010.)

4 TYÖELÄMÄKUMPPANI

Opinnäytetyöni työelämäkumppani on HYKS vatsakeskus, HUS:n yhden sairaalan vatsaelinkirurginen vuodeosasto. Osaston lääkärinkierto on viikon jokaisena päivänä toteutuva osaston toiminto, jolla potilaan hoidon vaikuttavuutta seurataan, arvioidaan ja päivitetään. Kiertokäytäntö ja sen ajankohta on vaihteleva, ja siihen osallistuu yleensä potilaan toimenpiteen suorittanut kirurgi, sairaalalääkäri ja sairaanhoitaja.

HYKS vatsakeskus on yksi HYKS-alueen 12 tulosityksiköstä. Se tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja endokrinologian ja endokriinisen kirurgian, elinsiirto- ja maksakirurgian, nefrologian, gastroenterologian ja vatsaelinkirurgian sekä verisuonikirurgian ja urologian erikosisaloilla. Vatsaelinkirurgia ja endoskopia ovat yksi HYKS Vatsakeskuksen neljästä linjasta. Se tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja gastroenterologian ja vatsaelinkirurgian erikosisaloilla. Gastroenterologian ja vatsaelinkirurgian erikosisalojen toimintaa on HYKS-alueella Meilahden torni- ja Kolmiosairaaloiden, Kirurgisessa sairaalassa sekä Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. (HUS)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli tuottaa toimintaohje lääkärinkierron kehittämiseksi HYKS Vatsakeskus, HUS:n erään sairaalan vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle. Toimintaohjeen sijaan opinnäytetyön prosessin edetessä opinnäytetyön tarkoituksiksi tuli tuottaa tarkistuslista kyseiselle osastolle. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää osaston toimintaa.

6 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyöni on toiminnallinen, sillä tavoitteena on tarkistuslistan avulla vatsaelinkirurgisen vuodeosaston lääkärinkierron toiminnan kehittäminen. Tarkistuslista laaditaan alan tutkituun teorian tietoon perustuen. Sen lisäksi siinä huomioidaan osastolla järjestetyssä tulevaisuuden muistelu palaverissa esiin nousseet lääkärinkierron kehittämistarpeet ja toiveet, sekä kirurgisen hoitotyön postoperatiivisen vaiheen erityispiirteet. Tarkistuslistan avulla on tarkoitus tehostaa ja selkiyttää osaston lääkärinkiertokäytäntöä, parantaa tiedonkulkua, ja lisätä sekä parantaa vuorovaikutusta lääkärinkierrolla ammattilaisten ja potilaiden välillä. Toiminnallinen opinnäytetyö on käytännönläheinen toteutustapa ja se raportoidaan tutkimusviestinnän keinoin (Vilkka & Airaksinen 2004, 9).

Opinnäytetyöni aihe on sairaanhoitaja opintoihini sopiva. Aihe on valikoitunut nykyisestä työpaikastani. Olen erityisen kiinnostunut kirurgisesta hoitotyöstä, ja aihe on näin ollen itseäni motivoiva. Opinnäytetyön tekemisessä on mahdollisuus ratkaista käytännönläheistä työelämän ongelmaa, joten sen avulla on mahdollista syventää omaa tietämystään ja omia taitojaan kirurgisen hoitotyön suhteen (Vilkka & Airaksinen 2004, 16).

6.2 Tulevaisuuden muistelu

Moniammatillinen yhteistyö on terveyspalveluissa oleellinen työmuoto ja suuri osa ammattilaisten arkea. Yhteistoiminta vaatii selkeyttä, tavoitteellisuutta ja kokonaisuuksien hallintaa. (Kokko & Koskimies 2007, 10.) Ennakointidialogien avulla toteutetaan erilaisten verkostojen yhteisiä kokoontumisia niin, että osallistujat löytävät keinoja koordinoida yhteistoimintaansa. Tavoitteena on eri tahojen yhteistyön selkeyttäminen, voimavarojen yhdistäminen ja toimintamahdollisuuksien avartaminen dialogisesti. (THL 2018.) Asiantuntijoiden mukaan dialogiin kuuluu avoin ja suora keskustelu, jonka tavoitteena on yhteisymmärrys. Dialogissa hyväksytään ihmisten erilaiset näkemykset. Parhaat ratkaisut löytyvät yleensä kun jokaisen näkemyksille annetaan tilaa ja kaikki kokevat tulleen kuulluiksi. Kuuntelulla osoitetaan myös kunnioitusta toista kohtaan. (THL 2016.)

Tulevaisuuden muistelu on ennakointidialogeihin kuuluva menetelmä, jota voidaan käyttää asiakas- ja auttamistyössä, sekä moniammatillisen yhteistyön ongelmatilanteissa (Kokko 2007, 166). Lisäksi tulevaisuuden muistelu -palaverit soveltuvat käytettäväksi hoitosuunnitelmien muodostamisessa tai työyhteisöjen toiminnan suunnittelussa (THL 2018). Tulevaisuuden muistelu -palaverit ovat kaikkein eniten käytetty verkostopalaverimuoto. (Kokko & Koskimies 2007, 4). Tulevaisuuden muistelussa ohjaututaan tulevaan aikaan ja pyritään löytämään yhdessä ratkaisuja ja voimavaroja. Palaverissa toteutuvan vuoropuhelun päämääränä on avata osallistujille uusia näkökantoja ja tapoja toimia. (Kokko & Koskimies 2017, 16.) Palaveri on osallistava suunnittelupalaveri, jossa jokainen omalla vuorollaan tuo esiin ja ottaa vastaan muiden näkökulmia toivottavasta toiminnasta ja ”tulevaisuudesta” sekä tuo esiin omia huolenaiheitaan sen suhteen ja esittää ideoita ja ajatuksia niiden vähentämisestä (Soste). Ennakointidialogin myötä jokainen saa yhdenvertaisen tilaisuuden esittää oman näkemyksensä asiasta ilman kenenkään syyttelyä tai keskeytystä. Tämänkaltaisen uusi vuorovaikutusrakenne on tuonut esiin uudenlaisia ja hämmästyttäviäkin näkökantoja, mikä mahdollistaa moniäänisyyden ja uuden ymmärryksen. Murheista ja ikävistä asioista voidaan keskustella entistä suoremmin. (Hyvönen 2011.)

Tuloksien perusteella ennakointidialogi sopii keskustelua helpottavana menetelmänä työyhteisöjen jumissa olevien tilanteiden ja menettelytapojen säätelyn välineeksi sekä etenkin muutosprosessien toimintaa jarruttavien ja tiellä olevien tekijöiden tutkiskeluun ja niistä eroon pääsemiseen heti prosessien alkuvaiheissa havainnollistamalla ongelmat kaikkien nähtäville. Onnistuneella ennakointidialogilla voidaan siis parantaa ja edistää välillisesti hyvinvointia. (Hyvönen 2011.)

6.3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle. Aiheen ideointi alkoi joulukuussa 2017, jolloin yhdessä osastonhoitajan kanssa käydyssä keskustelussa aihe valinnassa päädyttiin lääkärinkiertoon, ja sen toiminnan kehittämiseen. Opinnäytetyön tarkempi suunnittelu aloitettiin maaliskuussa 2018 ohjaus hoitotyössä hankekokouksen jälkeen, jossa työn aihe hyväksyttiin. Tämän jälkeen laadittiin toimintasuunnitelma ja opinnäytetyön teoriaosuus. Teoriaosuuden laadinnassa perehdyttiin laaja-alaisesti alan tutkimuksiin ja lähdekirjallisuuteen. Tietoa haettiin mm. Google Scholar-, EBSCO- ja Medic- tietokannoista. Näiden lisäksi sopivia lähteitä valittiin tieteellisten tutkimusten ja ammattikorkeakoulujen opinnäyte-

töiden lähdeluetteloista. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin 18.5.2018 ohjaus hoitotyössä hankekokouksessa. Tämän jälkeen haettiin asiaankuuluvaa tutkimuslupaa HUS:lta.

Tutkimuslupa työlle saatiin 15.6.2018. Tämän jälkeen voitiin toteuttaa osastolla pidettäväksi suunniteltu tulevaisuuden muistelu -palaveri, jonka avulla oli tarkoitus kerätä tarkempaa tietoa osaston lääkärinkierron kehittämistarpeesta ja kohteesta, johon toimintaohjeella pyrittiin mahdollisimman hyvin vastaamaan.

Tulevaisuuden muistelu -palaveri järjestettiin osastolla 18.6.2018. Sitä ennen oli jokaiselle osaston työntekijälle lähetetty palaveriin liittyvä saatekirje. Palaveriin osallistui osaston yksi lääkäreistä, osastonhoitaja, sairaanhoitajaopiskelija ja 3 sairaanhoitajaa. Palaveri toteutettiin osastotunnilla, ja yhteensä siihen kului aikaa 1,5 tuntia.

Palaverin alussa esittelin itseni, kerroin opinnäytetyöstäni ja kertosin tulevaisuuden muistelu palaverin kulun. Menetelmän mukaisesti palaveriin osallistuvat ohjattiin suuntautumaan ajatuksissaan osaston lääkärinkierron suhteen tulevaisuuteen, vuoden päähän, jolloin oltaisiin tilanteessa, että lääkärinkiertoa olisi kehitetty, ja asiat sen suhteen olisivat hyvin. Osallistujille esitettiin yhteisesti kolme kysymystä, johon jokainen vuorollaan vastasi muiden kuunnellessa, mitä kuluneen vuoden aikana oli tapahtunut, jotta lääkärinkierron suhteen parempaan tilanteeseen oli päästy. Jokainen osallistuja myös kirjasi vastauksensa, jotka kerättiin palaverin lopuksi (LIITE 2). Edellä käyvän mietinnän ja keskustelun tavoin pyritään selvittämään ja löytämään vaihtoehtoisia ratkaisuja ongelmatilanteisiin. (Eriksson, Arnkil & Rautava 2006, 36.)

Keskustelua palaverissa syntyi runsaasti. Keskustelu oli hieman rönsyilevää, ja ajoittain jouduin ohjaamaan puheen takaisin esitettyyn kysymykseen ja näin palauttamaan puheenvuoron takaisin vastaajalle. Kaiken kaikkiaan palaveri sujui hyvin, ja menetelmää voidaan pitää onnistuneena valintana opinnäytetyölle. Tulevaisuuden muistelu -palaveri osastolla tuotti toivottua ja tarkentavaa lisätietoa siitä, mitä osaston lääkärinkierrossa halutaan kehittää tai parantaa.

Palaverin tiimoilta laaditaan yleensä kirjallisena suunnitelma, johon jokainen osallistuja sitoutuu. Tässä opinnäytetyössä kirjallista suunnitelmaa vastaa lääkärinkierron toiminnan kehittämiseksi toimintaohjeen sijaan laadittu tarkistuslista, jolla pyritään vastaamaan tulevaisuuden muistelu palaverissa esiin nousseisiin osaston työntekijöiden toiveisiin ja tarpeisiin lääkärinkierron kehittämisen suhteen, ja näin ollen kehittämään osaston lääkärinkiertokäytäntöä. (Eriksson, Arnkil & Rautava 2006, 43-45.)

6.4 Tarkistuslistan laatiminen

Opinnäytetyöni teoria osuuden ja tulevaisuuden muistelu -palaverin perusteella opinnäytetyön tuotoksena päädyttiin laatimaan lääkärinkierron toiminnan kehittämiseksi tarkistuslista, joka katsottiin toimintaohjeen sijaan parhaiten osaston lääkärinkierron kehittämistarvetta vastaavaksi kehittämisvälineeksi, ja jolle palaverissa nousi esiin suoranainen toive (Liite 1). Tässä vaiheessa opinnäytetyön prosessia perehdyttiin myös muihin toiminnallisiin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöihin, joissa tarkistuslistoja oli laadittu. Oman opinnäytetyön tarkistuslistan laatimisessa huomioitiin alan tutkimuksissa esiin tulleet tiedot siitä, millainen tarkistuslistan tulee olla, ja mitä sen tulee sisältää. Lisäksi sen laadinnassa otettiin huomioon kirurgisen hoitotyön, postoperatiivisen hoitovaiheen erityispiirteet ja vaatimukset, sekä tulevaisuuden muistelu -palaverissa esiin nousseet osaston työntekijöiden tarpeet ja toiveet lääkärinkierron kehittämisen ja kehittämisvälineen suhteen. Seuraavissa lainauksissa tuodaan esiin tulevaisuuden muistelu -palaverissa henkilökunnan esiin tuomia ajatuksia ja pohdintoja lääkärinkierron toiminnan kehittämisen suhteen:

“Kierto on selkeä. Kierrolla on lähes aina kiire, ja koska aikaa ei välttämättä saada lisää niin jokaisen tulisi keskittyä oleellisiin asioihin. Hoitajat keskittyvät aamuraporteilla oleellisiin asioihin niin, että kierrolle on helppo mennä ja tietyt asiat potilaasta tiedossa. Kierrolla mennään potilas kerrallaan niin, että kaikki määräykset ehtivät myös nuijan alle. Tietokoneet toimisi kierrolla niin, että laboratoriotutkimusten vastaukset ym. ovat heti saatavilla, eikä arvoja tarvitse muistaa ulkoa. Hoitajilla olisi käytössä ns. Tarkistuslista.”

“Lääkäreillä on hyvin aikaa kiertoon. He ehtivät jutella potilaan kanssa kauemmin, jolloin potilas ehtii kysyä mieltä askarruttavat asiat. Hoitajalla on aamulla ajan tasalla oleva ja selkeä hoitosuunnitelma potilaista, joten on helppo lähteä kierrolle vaikka ei olisi ollut edellisenä päivänä töissä. Aamulla on hyvin aikaa lukea potilaiden hoitosuunnitelmat ym. Potilaiden vitaalit ja nestetasapainot on laskettu ja ovat oikein.”

“Kuumekurvassa on kaikki tieto oikein. (lääkkeet, nesteet ym.) Omahoitaja tietää aina potilaasta viimeisen vuorokauden elintoiminnot. Omahoitaja tuntee jopa potilaan sairaudet ja lääkkeet lähes yhtä hyvin kuin leikkaava lääkäri. Lääkelistan mahdolliset tauot tai epäselvyydet otetaan heti esiin hoitajan toimesta, jos ei lääkäri ole huomannut, esim. AK-hoidot.”

“ Potilaille on riittävästi aikaa. Sairaslomatodistukset, reseptit jne. ovat valmiit heti kierron jälkeen. Moniammatillisuus, arvostus. Lääkkeet tarkistettu, hoidetaan kokonaisvaltaisesti, myös omaisten mukaan ottaminen. Hoitajat valmistautuu (suolentoiminta, kivut, muut ongelmat, RR, haava) Selkeät määräykset, potilaan oma päätöksenteko mahdollista, oma lääkäri kiertää, tietyt asiat mihin otetaan kantaa? Lääkäreille esim. Laboratoriotutkimukset, mitä suun kautta saa potilas ottaa, lääkemuuotokset, kotiin, ongelmat (tiedonkulku). “

“ Kierto toimii hyvin. Suunnitelmassa on kirjoitettu kaikki ongelmat ja kysymykset ja lääkärit laittavat vastaukset ja ohjeet siihen (suunnitelmaan) ja nuijan alle. Kaikki kuuntelevat toisiaan.”

Osastolla pidetyssä tulevaisuuden muistelu -palaverissa esiin nousi lääkärinkierron jatkuva kiire. Myös tutkimuksissa (Grant 2008; Järnström 2011) on nostettu esiin lääkärinkierron jatkuva kiire, jonka vuoksi kierrot ovat harvoin potilaslähtöisiä. Potilaskierrolla laadun, potilaan kokemuksen ja potilasturvallisuuden tulisi olla ensisijaisia. Päivittäinen lääkärinkierto on monitahoinen prosessi, joka sisältää lukuisia potentiaalisia riskejä potilasturvallisuudelle. Virheet, jotka saavat alkunsa lääkärinkierrolla ovat suora riski potilasturvallisuudelle. (Hale & Duncan 2015.) Palaverissa esiin nousi myös toive siitä, että potilaan hoidossa keskityttäisiin oleellisempiin asioihin. Desai ym. (2011) ovat tutkimuksessaan todenneet, että tarkistuslistan avulla voidaan potilaan hoidon laatua, sekä hoidon kirjaamista ja raportointia parantaa, koska listat sisältävät potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat. Lisäksi sen myötä potilaan aktiivisuus omaan hoitoonsa liittyvien asioiden käsittelyyn lisääntyy. Tarkistuslista lisää myös hoitajan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta ja vähentää lääkewirheitä.

Opinnäytetyön tuotoksena laadittuun tarkistuslistaan pyrittiin kokoamaan kaikki vatsaelinkirurgisen leikatun potilaan postoperatiivisen hoidon ja sen onnistumisen kannalta oleelliset asiat. Tällä tavoin tarkistuslistan avulla pyritään varmistamaan, että kaikki potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat tulevat huomioiduiksi, tehdyiksi, kirjatuiksi ja raportoiduiksi jokaisen potilaan kohdalla. Tarkistuslistaa on tarkoitus käyttää päivittäisen hoidon toteutusvaiheessa, jonka avulla voidaan varmistaa, että kaikki olennainen tulee jokaisen potilaan kohdalla tehdyksi ja kirjatuksi. Samalla tarkistuslistaa voidaan käyttää raportoinnin tukena yhtälailla varmistuen riittävä tiedonkulku. Tarkistuslistaa on tarkoitus pitää mukana myös lääkärinkierrolla, jotta varmistetaan, että potilaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa ote-

taan kantaa kokonaisvaltaisesti potilaan tarpeen vaatimalla tavalla, ja näin varmistetaan vaikuttavan ja turvallisen hoidon jatkumo. Tarkistuslistaa voivat hyödyntää myös opiskelijat opittavien asioiden kertaamisessa, sekä uudet työntekijät ja sijaiset perehdytysvaiheessa. Työn alkuvaiheessa uusia ja muistettavia asioita on paljon, ja siksi tarkistuslista on hyödyllinen apuväline.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Nykyisin maailmassa muutokset ja niiden hallinta vaatii syvällistä näkemystä ja perusteluja. Tutkimusta tekemällä tulee harjaantuneeksi tieteelliseen ajattelutapaan. Tietoa voidaan arkielämässä hankkia eri tavoin: päättelemällä, omien havaintojen ja kokemusten kautta, kysymällä neuvoa tai tekemällä tutkimuksen. Tutkimukseen ryhdytään useimmiten kun ongelmien ratkaisu ei onnistukaan arkisen ajattelun pohjalta. Tarvitaan uutta tietoa, joka on avuksi ratkaistavien ongelmien luonteiden ymmärtämisessä ja keinojen löytämisessä niistä selviämiseen. Tämä toimii lähtökohtana niin sanotussa soveltavassa tutkimuksessa, jossa pyritään johonkin käytännön tavoitteeseen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 18-19.)

Opinnäytetyö tehtiin hyvän tieteellisen käytännön ja etiikan mukaisesti: rehellisesti, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta noudattaen. Opinnäytetyön teoriaosuuden laadinnassa perehdyttiin laaja-alaisesti alan luotettavaa, tutkittuun ja ajanmukaiseen tietoon. Lähdeviittaukset on tehty asianmukaisella tavalla kunnioittaen muiden tutkijoiden tekemää työtä. Kaikki lähteet joihin on viitattu löytyvät opinnäytetyön lähdeluettelosta. Opinnäytetyöhön haettiin asiaan kuuluva tutkimuslupa HUS:lta. (liite 3) (TENK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa toimintaohje lääkärinkierron kehittämiseksi. Opinnäytetyön aiheeksi valittiin erään yliopistollisen sairaalan vatsaelinkirurgisen vuodeosaston lääkärinkiertokäytäntö ja sen toiminnan kehittäminen. Aiheen valintaan päädyttiin, koska osastolla koettiin olevan selkeä tarve lääkärinkierron toiminnan kehittämiseksi, ja opinnäytetyöllä haluttiin saada aikaan myönteistä kehitystä. Lääkärinkierron toimintaa kehittämällä voidaan parantaa myös potilaan hoidon laatua, tyytyväisyyttä ja turvallisuutta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 24-25.)

Toimintaohjeen sijaan päädyttiin laatimaan tarkistuslista, jonka tarve nousi selkeästi esiin osastolla järjestetyssä tulevaisuuden muistelu -palaverissa. Palaverin avulla oli tarkoitus selvittää opinnäytetyön lopullinen tuotos. Palaverin perusteella sekä opinnäytetyön teoriaosuus-

den tukemana tarkistuslistan laatimista opinnäytetyön tuotoksena voidaan pitää hyvin perusteltuna ratkaisuna. (Vilkka & Airaksinen 2003, 56-58.)

Opinnäytetyössä käytetyn menetelmän tulevaisuuden muistelu -palaverin pätevyyttä arvioitaessa voidaan todeta, että sillä voitiin selvittää juuri se, mitä oli tarkoituskin. Palaverin avulla pystyttiin selvittämään osaston lääkärintierron tarkempi kehittämiskohde, jonka myötä voitiin toimintaohjeen sijaan tuottaa tarkistuslista, jolla lääkärintierron kehittämistarpeeseen pyritään mahdollisimman hyvin vastaamaan. Opinnäytetyön tutkimuksessa nousi esiin lääkärinkierron kehittämistarpeesta samoja asioita kuin aiemmissa tutkimuksissa on tuotu esiin. On myös todettu, että näihin ongelmiin on saatu apua erilaisilla tarkistuslistoilla. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231-232.) Tutkimustulosten mukaan on kiistatta voitu osoittaa tarkistuslistan tärkeys turvallisuutta parantavana työkaluna ja hoitoon vaikuttavana tekijänä (Weiser ym. 2010). Eettisestä näkökulmasta katseltuna ei ole oikein hoitaa potilaita menetelmillä, joiden vaikuttamattomuudesta on jo saatavilla tutkittua tietoa tai toisaalta olla toteuttamatta hoitoa tavalla, jonka hyöty on tutkimuksella osoitettu. (Hotus 2018.) Osastolla ei ole käytetty tarkistuslistaa lääkärintierron toiminnan tukena aikaisemmin.

Tulevaisuuden muistelu -palaveria varten jokaiselle työntekijälle lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin kyseisestä menetelmästä ja tuotiin esille osallistumisen vapaaehtoisuus. Palaveriin osallistuvien nimiä tai muita henkilötietoja ei kerätty. Palaverissa jokainen osallistuja kirjasi vastauksensa, jotka jokaiselta kerättiin palaverin lopuksi. Tulevaisuuden muistelu -palaverin kysymykset ja vastaukset on esitetty opinnäytetyön liitteenä. Vastaukset on muokattu selkokielelle, niin, ettei vastaajia voida esimerkiksi murteen perusteella tunnistaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219 - 221.) Vastaukset eivät myöskään sisältäneet mitään tietoa vastaajasta, ja tutkimuksen päätyttyä ne hävitettiin asianmukaisesti (THL 2012). Opinnäytetyön raportoinnissa on kuvattu ja selitetty opinnäytetyön kaikki vaiheet luotettavasti ja mahdollisimman tarkasti (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 232).

7.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Kiinnostavan ja itseä motivoivan aiheen myötä opinnäytetyö oli mielekäs toteuttaa. Aihe koettiin myös osastolla tärkeäksi, mikä osaltaan lisäsi halua perehtyä aiheeseen kattavasti ja saada aikaan jotain uutta, mistä todella olisi hyötyä. Alussa tiedonhaku tuntui haastavalta, mutta yksilöohjauksen myötä asia helpottui, ja loppujen lopuksi lähteitä kertyi paljon. Niihin perehtyminen ja englannin kielisten tutkimusten kääntäminen vei paljon aikaa. Opinnäytetyön teoriaosuuden sisältöä voidaan pitää onnistuneena. Samoin onnistuneena menetelmä

valintana voidaan pitää osastolla järjestettyä tulevaisuuden muistelu -palaveria, jonka avulla osaston lääkärintierron tarkempi kehittämiskohde voitiin selvittää. Näiden pohjalta tarkistuslistan laatiminen tuntui selkeältä valinnalta lääkärintierron toiminnan kehittämisvälineeksi. Tarkistuslistan laatiminen vei myös aikaa, sillä oli haastavaa tehdä siitä tarpeeksi lyhyt ja selkeä mutta kuitenkin tarpeeksi kattava. Palautteen keräämiseen ja tarkistuslistan muokkaamiseen kului myös aikaa.

Opinnäytetyötä tehdessä tiedonhaku tuntui aluksi hankalalta, mutta tiedonhaun yksilöohjauksen jälkeen asia helpottui huomattavasti. Loppujen lopuksi luotettavia lähteitä löytyi paljon. Opinnäytetyön myötä tiedonhaun kehittymisestä on apua sairaanhoitajan työssäni, joka vaatii jatkuvaa tietojen ja taitojen kehittämistä ja ylläpitämistä. Tiedonhaun lisäksi opinnäytetyön tekeminen opetti tiedon hyödyntämistä hoitotyön menetelmien kehittämiseksi, ja lisäsi omaa motivaatiota kehittämistyön suhteen myös tulevaisuudessa.

7.3 Opinnäytetyön tuotoksen arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa toimintaohje lääkärintierron kehittämiseksi erään yliopistollisen sairaalan vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle. Toimintaohjeen sijaan tuotoksena päädyttiin laatimaan tarkistuslista, jolle nousi suoranainen toive osastolla järjestetyssä tulevaisuuden muistelu -palaverissa, jonka avulla oli tarkoitus selvittää osaston lääkärintierron tarkempi kehittämiskohde. Tarkistuslista katsottiin tutkimustiedon ja tulevaisuuden muistelu -palaverin mukaisesti sopivimmaksi lääkärintierron kehittämisvälineeksi. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja tehostaa osaston toimintaa.

Hoitotyön kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää, ja niin se koettiin tässäkin opinnäytetyössä. Tässä opinnäytetyössä kehittämiskohteeksi valittiin hyvin olennaisesti potilaan hoitoon sen vaikuttavuuteen ja turvallisuuteen vaikuttava sairaalaosastojen keskeinen toiminto, lääkärintierron. Lääkärintierron kehittämisvälineeksi laadittu tarkistuslista päädyttiin laatimaan alan tutkittuun, ajanmukaiseen ja luotettavaan teorial tietoon perustuen. Tutkittuun tietoon pyrittiin perehtymään mahdollisimman laaja-alaisesti ja lähdekriittisesti

Opinnäytetyön valmistuessa tarkistuslistaa ei vielä ole otettu käyttöön osastolla. Tarkistuslistan ensimmäisestä laaditusta versiosta pyydettiin ja saatiin palautetta osastonhoitajalta ja muilta työntekijöiltä. Palaute oli myönteistä, mutta jotta tarkistuslista olisi hyödyllinen kehittämisväline nimenomaan lääkärintierron, sitä tuli palautteen mukaan pelkistää. Palautteen mukaisesti tarkistuslista muokattiin ja tiivistettiin nykyiseen muotoonsa. Ensimmäinen tarkistuslistan versio katsottiin olevan sopiva opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyskansion lisättäväksi. Mikäli tarkistuslista koetaan hyödylliseksi ja se otetaan käyttöön osas-

tolla, voidaan opinnäytetyön tuotosta arvioida onnistuneeksi, ja sen vastaavuutta opinnäytetyölle asetettujen tavoitteiden sekä osaston tarpeiden mukaisiksi.

Tässä opinnäytetyössä toteutui Jylhän ym. (2017) näkemys henkilökunnan motivaation ja muutoshalukkuuden edistävästä vaikutuksesta toiminnan kehittämiseen. Tässä opinnäytetyössä valitulle kehittämiskohteelle koettiin työntekijöiden mukaan osastolla olevan tarvetta, joten lääkärinkierron toiminnan kehittäminen koettiin tärkeäksi, ja sen suhteen oltiin myöte-mielisiä. Tästä syystä uskon opinnäytetyön tuotoksena laaditun tarkistuslistan tulevan käyt-töön osastolla, etenkin, koska se räätälöitiin osaston työntekijöiden tarpeiden ja toiveiden mukaisesti, ja juuri tarkistuslistalle esitettiin tulevaisuuden muistelu -palaverissa suoranaine toive. Näin ollen uskon tarkistuslistan olevan hyödyllinen työn kehittämisen apuväline osastol-la, joka osaltaan lisää työntekijöiden osallisuutta oman työnsä kehittämisessä, tyytyväisyyttä työtä kohtaan, sekä vahvistaa ammatillista itsetuntoa.

Ennen terveydenhuoltoalaa tarkistuslistoja on käytetty esimerkiksi ilmailualalla, mutta nykyi-sin niiden käyttö terveydenhuollossa on yhä yleisempää. Tämä opinnäytetyön tuotos ei siis synnyttänyt varsinaisesti mitään uutta tietoa alalle, vaan pikemminkin vahvisti ja toi esiin olemassa olevaa tietoa hoitotyön kehittämisestä ja sen tärkeydestä potilaan hoitoon ja sen turvallisuuden parantamiseen liittyen.

Aminin ym. (2012) mukaan tarkistuslistaan tulee koota hoitotyön tunnetut riskin lähteet, jois-ta koituu usein haittatapahtuma, jos niitä ei päivittäin, rutiininomaisesti tarkisteta. Kirurgisen hoitotyön luotettavan teorian tiedon, tulevaisuuden muistelu -palaverissa esiin nousseiden poh-dintojen, sekä vatsaelinkirurgisen osaston työntekijöiltä saadun palautteen perusteella tarkis-tuslistaan voitiin koota kaikki oleelliset asiat vatsaelinkirurgisen leikatun potilaan hoidon kan-nalta. Näin ollen sen avulla voitaisiin pystyä parantamaan tiedonkulkua ja vuorovaikutusta lääkärinkierrolla, jonka myötä taas potilaan hoidon laatu ja turvallisuus paranee. Asioihin, joita tulevaisuuden muistelu palaverissa nousi myös esiin lääkärinkierron toiminnan kehittämi-seksi, kuten kiertoon tarvittava aika, omaisten läsnäolo tai työntekijöiden keskinäinen arvos-tus ei tarkistuslistan avulla pystytä suoranaisesti vaikuttamaan, mutta tarkistuslistan myötä lääkärinkierto on selkeämpi ja sujuvampi, ja näin ollen aikaa säästävä ja tehokas. Keskinäisen vuorovaikutuksen parantuessa saattaa myös arvostus toisia kohtaan parantua ja tarkistuslistan avulla pyritään myös varmistamaan potilaan aktiivinen osallistuminen omaa hoitoaan kohtaan sekä omaisten huomiointi.

Opinnäytetyön tuotoksena laadittua tarkistuslistaa voivat hyödyntää myös muut kirurgiset vuodeosastot, mutta juuri tällaisenaan ainoastaan vatsaelinkirurgiset vuodeosastot, sillä tar-kistuslistan laadinnassa on huomioitu vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivisen hoidon erityispiirteet. Valmiita tarkistuslistoja ei ole tarkoitus käyttää sellaisenaan, vaan ne tulisi aina muokata osastojen tarpeita vastaaviksi, jotta niiden avulla saataisiin tarkoituksenmukai-

nen hyöty potilaan hoidon ja turvallisuuden suhteen aikaan. Congliaro ja Stratton (2010) mukaan opiskelijat käyttävät tarkistuslistaa opittujen asioiden kertaamiseen ja kokevat tarkistuslistat oppimista edistäviksi. Opinnäytetyön tuotoksena laaditusta tarkistuslistasta ajatellaan olevan erityisesti hyötyä myös opiskelijoille ja työn perehdytysvaiheessa oleville työntekijöille, koska siihen on koottu kaikki oleelliset potilaan hoitoon liittyvät asiat, joita työssä on paljon. Tarkistuslista toimii näin ollen hyvänä muistina ja työn apuvälineenä

Jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia onko tarkistuslistasta ollut hyötyä osastolla käytännön työhön, raportointiin ja lääkärinkiertoon. Tätä voitaisiin selvittää työntekijöille tehtävän kyselyn avulla.

Painetut

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., & Uski -Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Järnström, S. 2011. Asiakaslähtöisyys geriatrisen osaston lääkärinkierrolla. Janus, sosiaalipoliitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, Vol 19. No, 3: 238-250.

Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2013. 3. Uudistettu painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lukkari, I., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Sähköiset

Amin, Y., Grewcock, D., Andrews, S. & Halligan, A. 2012. Why patients need leaders: why patients need leaders: introducing a ward safety checklist. J R Soc Med 2012;105:377-383. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439665/>

Bruinsma, WE., Becker, SJ., Guitton, TG., Kadzielski, J. & Ring, D. 2015. How prevalent are hazardous attitudes among orthopaedic surgeons? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25273970>

Conigliaro, RL. & Stratton, TD. 2010. Assessing the quality of clinical teaching: a preliminary study. Med Educ 2010;44(4):379-86. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2923.2009.03612.x>

Desai, T., Caldwell, G. & Herring, R. 2011. Initiative to change ward culture results in better patient care. Nursing management; July 2011; 18, 4; pg 32-35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21848156>

Eriksson, E., Arnkil, T & Rautava, M. 2006. Ennakointidialogeja huolten vyöhykkeellä. Verkos-tokonsultin käsikirja - ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Stakes, Helsinki.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77346/T29-2006->

VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Grant, P. 2008. "The productive ward round": a critical analysis of organizational change.

The Int J Clin Leader 2008; 16:193-201.

<http://web.b.ebscohost.com/abstract?site=ehost&scope=site&jrnl=1757207X&AN=53505984&h=gNiEwjjqNrmsBL22ChPgo70PLCUDtitgJdkVLB7T8j%2b7uBRAExW4BNMPxr%2bGuKSdtP6Ck153i8ZRfCXKGWJ8A%3d%3d&crl=c&resultLocal=ErrCrlNoResults&resultNs=Ehost&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d1757207X%26AN%3d53505984>

Hale, G. & Duncan, M. 2015. Developing a ward round checklist to improve patient safety.

BMJ Quality Improvement Reports.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4645926/>

Halkett, GKB., Lobb, EA., Oldham, L. & Nowak, AK. 2010. The information and support needs of patients diagnosed with high grade glioma. Patient Education and Counseling 79 (1), 112-119.

https://espace.curtin.edu.au/bitstream/handle/20.500.11937/19587/130075_hgg%252015%2520july.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Haynes, AB., Weiser, TG., Berry, WR, Lipsitz, SR., Breizat, AH., Dellinger, EP., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, PL., Lapitan, MC., Merry, AF., Moorthy, K., Reznick, RK., Taylor, B & Gawande, AA. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. 2009. N Eng J Med 2009; 360: 491-499.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144931>

Herring, R., Desai, T. & Caldwell, G. 2011. Quality and safety at the point of care: how long should a ward round take? Clinical Medicine 2011, Vol 11, No 1: 20-2.

<http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/11/1/20.full.pdf+html>

Hoitotyön tutkimussäätiö 2018. WWW-sivut. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta> Viimeksi päivitetty 9.5.2018. Viitattu 9.5.2018.

HUS. WWW-sivut. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks-vatsakeskus/vatsaelinkirurgia-ja-endoskopia/Sivut/default.aspx>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.4.2018.

Hyvönen, M. 2011. Yhdessä näkeminen tulevaisuuden muistelun avulla: tutkimus dialogisten menetelmien käytöstä työyhteisöjen kehittämisessä. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110384/urn_nbn_fi_uef-20110384.pdf

Jylhä V, Mäkelä M, Korhonen A. Johtaja, vie tutkittu tieto arkeen. Sairaanhoitaja 2017;(2). <http://shlehti.sairaanhoitajat.fi/share/8921/944501>

Kadzielski, J., McCormick, F., Herndon, JH., Rubash, H. & Ring, D. 2015. Surgeons' attitudes are associated with reoperation and readmission rates. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24874115>

Kokko R-L. 2007. Tulevaisuuden muistelu -palaveri - toiveikkuutta tuottava yhteistyömenetelmä, YHTEISKUNTAPOLITIIKKA 72 (2007):2. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100706/072kokko.pdf?sequence=1%201>

Kokko, R-L. & Koskimies, M. 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona: Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Raportteja 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes). <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R17-2007-VERKKO.pdf>

Larsson, IE., Sahlsten MJ., Segesten K. & Plos, KA. 2011. Patients' perceptions of nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: a critical incident study. Nursing Res Pract 2011. <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/534060/>

Leino, K. 2013. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Potilaskierron sisällön ja rakenteen arviointi kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueella. www.pshp.fi/download/noname/%7BE1B58B60-9862-4381-A30C.../33834

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99. 192 sivua. Helsinki Suomi 2013. ISBN 978-952-245- 838-4 (painettu); ISBN 978-952-245-839-1 (verkkojulkaisu). Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38573/potilask.pdf?sequence=1>

Manias, E. & Street, A. 2001. Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. Journal of Clinical Nursing 10(4), 442-450. <https://pdfs.semanticscholar.org/26d6/1afd9429a3036e7126138d6e9f62c044b5a4.pdf>

Mattila, E., Leino, K., Collin, P. & Sand, J. 2013. Lääkärinkierto tutkimuskirjallisuuden valossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim Vol. 129. No, 24, 2605-2611. Viitattu 27.4.2018. <http://www.duodecimlehti.fi///duo11390>

Moret, L., Rochedreux, A., Chevalier, S., Lombrail, P. & Gasquet, I. 2008. Medical information delivered to patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient education & counseling* Vol 70 (1):94-101.

[https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(07\)00375-8/fulltext](https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(07)00375-8/fulltext)

Måseide, P. 1987. Interactional aspects of patient care. The social organization of medical adequacy in a hospital ward. University of Bergen. Bergen. !

Mäntylä, R. 2017. Vuorovikutus lääkärintierolla: keskiössä hoitajan toiminta. Pro gradu-tutkielma. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/175433/Mantyla_Riika-Leena_Pro%20gradu_2017.pdf?sequence=2

Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. *Finnanest*. 44, 1. Viitattu 25.4.2018. http://www.finnanest.fi/files/1niemi-murola_potilasturvallisuus.pdf

O' Hare, J. 2008. Anatomy of the ward round. *European Journal Internal Medicine* 2008;19(5): 309-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18549930> !

Pearse, R., Moreno, R. & Bauer, P. 2012. Mortality after surgery in Europe; a 7 day cohort study. *Lancet* 2012; 380: 1059-65. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612611489>

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *FINNANEST* 11, 44. Viitattu 28.5.2018. http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf

Soste, tulevaisuuden muistelu. www.soste.fi. <https://www.soste.fi/media/arvioinnin-tietopankki/tulevaisuuden-muistelu.pdf>

STM 2009. Johtamisella vetovoimaa ja vaikuttavuutta hoitotyöhön. Helsinki: yliopistopaino 2009. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulu parantaa potilasturvallisuutta. *FINNANEST* 2015; 48 (4). Viitattu 28.5.2018. http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

TENK <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

THL 2012. Aineiston hävittäminen tai arkistointi. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tutkimuskaytto/aineiston-havittaminen-tai-arkistointi> päivitetty 15.8.2012.

THL 2018. Ennakointidialogit. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/ennakointidialogit päivitetty 15.1.2018

THL 2016. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla Päivitetty 14.6.2018.

THL. Potilasturvallisuus.2014. Viitattu 25.4.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-japotilasturvallisuus/potilasturvallisuus> tarkista missä kohtaa tähän on viitattu

THL. Potilasturvallisuusopas. 2011. Viitattu 25.4.2018.
<https://thl.fi/documents/10531/104871/Opashttps://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Sentinel Event Data [verkkodokumentti]. The Joint Commission. 2015 [haettu 15. syyskuuta 2015]. pp. 1-29. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-2Q_2015.pdf

Vironen, J. Kirurgin näkökulma leikkausriskien hallintaan ja perioperatiiviseen hoitoon. FINNANEST 2014; 47 (5). Viitattu 28.5.2018.
http://www.finnanest.fi/files/vironen_kirurgin_nakokulma_leikkausriskien_hallintaan_ja_perioperatiiviseen_hoitoon.pdf

Walton, JM. & Steinart, Y. 2010. Patterns of interaction during rounds: implications for work-based learning. MedEduc 2010;44(6):550-8.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2923.2010.03626.x>

Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M. & Langewitz ,WA. 2007. Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. Patient Education and Counseling 67(3), 343-348
http://www.uhbsinternational.org/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Medizin/Psychosomatik/Publikationen/Langewitz_Wolf/wl_weber_wardrounds_pec_2007.pdf

Weiser, TG., Haynes, AB., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, DJ., Berry, WR. & Gawande, AA. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. Int J Qual Health Care. 2010;22(5):365-70. <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/5/365/1787019>

Liitteet

Liite 1: Tarkistuslista lääkärintierron toiminnan tueksi

Liite 2: Tulevaisuuden muistelu palaverin kysymykset & vastaukset

Liite 3: Saatekirje

Liite 1:

Tarkistuslista lääkärinkierron toiminnan tueksi vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle

Potilaan diagnoosi ja tehty toimenpide

Tausta (asuminen, elintavat, päihteiden käyttö)

Perussairaudet, lääkitys

Erityishuomiot/muutokset potilaan yleisvoinnissa

- Orientaatio
- Pahoinvointi (ilmeneminen, voimakkuus)
- Kivun säännöllinen mittaaminen & arviointi (NRS/VAS, kivun tyyppi, sijainti, kesto)

Vitaalielintoiminnot (RR, happisaturaatio, lämpö)

Hengitys (hengitystapa, hengityssäät, hengityksen esteettömyys, helppous & symmetrisyys)

Ravitsemustilan arviointi

- Ravitseminen p.o.
- Parenteraalinen
- Tehostetun ravitsemuksen tarve

Nestetasapaino (infuusionesteet, p.o.nesteet, haihtuminen, diureesi, dreenieritys, NML-eritys)

Vatsan tila & Suolen toiminta (ilma, veri, uloste), oksentelu

Laboratoriotutkimustulokset (Hb, CRP)

Leikkaushaavan kunto (Haava-alueen & sidosten seuranta)

- Hematoomat & infektion merkit

Lääkitys

- Kipulääkityksen tarve
- Kotilääkityksen toteuttaminen
- Kotilääkityksestä poikkeavan lääkitymisen tarve
- Suonensisäinen antibiootti
- Tromboosiprofylaksia

Potilaan informointi ja tuki

Tarkistettu, että potilas tietää mikä toimenpide on tehty ja miten toimenpide on mennyt

Tarkistettu, että potilas tietää nykytilanteen terveytensä suhteen

Tarkistettu, että potilas tietää jatkohoitosuunnitelmat

Hoidon jatkuessa osastolla potilaan hoidon tavoitteet ja jatkohoito ohjeet päivitetty

Liite 2:

Tulevaisuuden muistelu -palaverin kysymykset & vastaukset

1. Vuosi on kulunut, ja lääkärinkierron toimintaohje on valmis. Se on otettu osastolla käyttöön ja todettu toimivaksi. Millainen tilanne on nyt ja millä tavalla lääkärinkierto toimii nyt käytännössä?

Vastaus 1:

Kierto toimii hyvin. Suunnitelmassa on kirjoitettu kaikki ongelmat ja kysymykset ja lääkärit laittavat vastaukset ja ohjeet siihen (suunnitelmaan) ja nuijan alle. Kaikki kuuntelevat toisiaan.

Vastaus 2:

Kierto on selkeä. Kierrolla on lähes aina kiire, ja koska aikaa ei välttämättä saada lisää niin jokaisen tulisi keskittyä oleellisiin asioihin. Hoitajat keskittyvät aamuraporteilla oleellisiin asioihin niin, että kierrolle on helppo mennä ja tietyt asiat potilaasta tiedossa. Kierrolla mennään potilas kerrallaan niin, että kaikki määräykset ehtivät myös nuijan alle. Tietokoneet toimisivat kierrolla niin, että laboratoriotutkimusten vastaukset ym. ovat heti saatavilla, eikä arvoja tarvitse muistaa ulkoa. Hoitajilla olisi käytössä ns. tarkistuslista.

Vastaus 3:

Lääkäreillä on hyvin aikaa kiertoon. He ehtivät jutella potilaan kanssa kauemmin, jolloin potilas ehtii kysyä mieltä askarruttavat asiat. Hoitajalla on aamulla ajantasalla oleva ja selkeä hoitosuunnitelma potilaista, joten on helppo lähteä kierrolle vaikka ei olisi ollut edellisenä päivänä töissä. Aamulla on hyvin aikaa lukea potilaiden hoitosuunnitelmat ym. Potilaiden vitaalit ja nestetasapainot ovat laskettu ja ovat oikein.

Vastaus 4:

Tietokoneet toimivat nopeasti, eli tietoa ei jää saamatta hitauden vuoksi. Kuumekurvassa on kaikki tieto oikein. (lääkkeet p.o., nesteet ym.) Omahoitaja tietää aina potilaasta viimeisen 1-vrk:n elintoiminnot. Yhdessä paperikierrolla toimivien koneiden kanssa käymme läpi viime vrk:n muutokset. 2 erillistä paperikiertoa paitsi maanantai/ke. Omahoitaja tuntee jopa potilaan sairaudet/lääkkeet lähes yhtä hyvin kuin leikkaava lääkäri. Laboratoriotutkimukset on otettu klo.06.00 ja ne ovat valmiina kierrolla. Potilaat ovat vain elektiivisiä suolipotilaita (syöpä) Hoitaja olisi aina sama/potilas. Klo.14.00 labrakierto (sl=sairaalaalääkäri) jos ei saada aamuksi labroja valmiiksi. Potilaat ovat oikeassa moduulissa (Kirurgin mukaan sijoitettu). Käytämme mahdollisesti valmiita nuijan aluspohjia. Osastonhoitaja/vastaava paikalla ainakin paperikierrolla. Varkon potilaat ovat selkeästi sovittu (kiertovastuu päiki) myös sähköiset reseptit ym. Lääkelistan mahdolliset tauot tai epäselvyydet otetaan heti esiin hoitajan toimesta, jos ei lääkäri ole huomannut, esim. AK-hoidot.

Vastaus 5:

Jokainen potilas katsotaan niin, että hoitaja on mukana. Hoitajalla tietoa lääkärille. Hoitajan täytyy kertoa kysymykset ja huomiot, jotka häntä askarruttavat liittyen esim. potilaan kotiutukseen/vointiin. Samoin hoitajan täytyy kuulla myös määräykset, jotka potilaalle kerrottu, koska potilaalla usein myöhemmin lisäkysymyksiä.

Vastaus 6:

Jokainen potilas tulisi kiertää. Kuka varmistaa, että kaikki kierretään? Kun kierrolla voidaan sanoa ” tämä ja tämä” katsoo potilaan. Monesti myöhemmin. Potilaat kierretään yksi kerrallaan. Hoitaja ei voi kiertää useaa potilasta yhtä aikaa = potilasturvallisuus asiakin. Jokainen lääkäri haluaa kiertää omiaan, mutta hoitaja joka toteuttaa hoitoa on myös

vastuussa potilaasta, ja haluaa kysyä ja kuulla asiat josta kierrolla käydään läpi. Kierrolla on hyvä myös sopia kuka kertoo potilaalle ja omaisille huonot uutiset, ja koska. Olisiko erillinen kohtaaminen kierron jälkeen?

Vastaus 7:

Potilaille on riittävästi aikaa. Sva:t, Rec jne. valmiit heti kierron jälkeen. Moniammatillisuus, arvostus. Lääkkeet tarkistettu, hoidetaan kokonaisvaltaisesti, myös omaisten mukaan ottaminen. Hoitajat valmistautuu (suolentoiminta, kivut, muut ongelmat, RR, haava) Selkeät määräykset, potilaan oma päätöksenteko mahdollista, oma lääkäri kiertää, tietyt asiat mihin otetaan kantaa? Lääkäreille esim. Lab, p.o., lääkemuutokset, kotiin, ongelmat (tiedonkulku).

2. Mitä teit myönteisen kehityksen aikaansaamiseksi, ja mikä sitä auttoi/edisti?

Vastaus 1:

Pyrin valmistautumaan kierrolle hyvin, ja muistutan kollegoja aamuraportilla oleellisimmista asioista. Pyrin yön jälkeen kertomaan päivävuorolaisille olennaiset asiat.

Vastaus 2:

Oma asenne, keskustelu, ennakointi, kierrolle valmistautuminen, kiertovastaava, jatkuvuus, tiedonkulku.

Vastaus 3:

Tein selkeämpiä hoitosuunnitelmia ja poistin hoitosuunnitelmasta turhat tiedot. Tämä siksi, että lääkärinkierrolla olen hoitajana tietoisempi potilaista. Vitaalit on mitattu ja lasken nestelistoja ja tarkkailen balansseja.

Vastaus 4:

Perehdyn omalla koneella vielä paremminpotilaisiin etukäteen. Yritän pysyä kärryllä lääkkeistä. Yritän välittää ohjeet selkeämmin hoitajille. Käyn osastolla mahdollisimman usein ja olen puhelimitse tavoitettavissa kierron jälkeen. Puhun potilaalle yksityishuoneessa huonot uutiset.

Vastaus 5:

Hoitaja ajan tasalla potilaasta kierrolla ja kysymykset valmiina lääkärille koskien potilaan hoitoa, kotiutusta ym. myös reseptiasiat, jotka tarvitaan potilaalle tiedossa. Sairasloma ym. tarpeet hoitajalla tiedossa, että voi infoa lääkäreitä. Potilasta ohjattu miettimään valmiiksi kierrolle asioita, joita haluaa kysyä. Osa käyty jo hoitajan kanssa läpi, mutta potilaan kysymykset olisi valmiina, ettei tule tilannetta kierron jälkeen, että potilas sanoo: "voisiko lääkäri uusita reseptin?" kun unohti kierrolla kysyä. Ja sitten lääkäri ei olekaan enää osastolla ym. Hoitaja ei nyt mukana aina kierrolla ja kun määräyksiä tehdään potilaan hoitoon liittyen. Nyt (tulevaisuudessa) hoitaja aina mukana kierrolla/ainakin lääkäri kertoo, jos kiertää myöhemmin. Nykyisin ei kiva kuulla potilaalta, että lääkäri kävi ja määräsi asioita. Nyt (tulevaisuudessa) määräykset kuullaan lääkäriltä.

3. Mikä asia oli mielestäsi huonosti tai ei toiminut lääkärinkierrolla silloin vuosi sitten, ja mikä sitä paransi tai auttoi jotta tähän hyvään tilanteeseen päästiin?

Vastaus 1:

Kiire, ajanpuute, asiat jäävät puolitiehen. "Turhia" virheitä esim. reseptit puuttuvat, raduja puuttuu → tulee viiveitä, soitetaan perään. Asennemuutos, yhteinen tahtotila, yhteinen tavoite. Potilaat kotiutuvat klo.13 mennessä, uskalletaan rohkeasti kokeilla uusia

toimintatapoja. Yhteistyön parantaminen.

Vastaus 2:

Lääkärit puhuvat yhtä aikaa kierrolla. Potilaalle jää mieleen epävarmaa tietoa omasta tilanteestaan. Lääkäri ei tarkistanut potilaan lääkkeitä ennen kotiutumista. Kierrolla lääkäriellä on aina kiire. Hoitaja ei ehdi selvittelemään potilaan asioita ajoissa.

Vastaus 3:

Lääkäreillä oli liian vähän aikaa aamukierrolle. Potilaat kokevat etteivät ehtineet kysyä mitään lääkäriltä. Hoitajankin välillä vaikea kysyä potilaasta, kun menttiin jo seuraavan potilaan luo. Nestelistat jatkuvasti huonosti laskettu/merkattu. Balanssit siis usein pielessä. ERAS-potilailla hoito-ohje ehkä joillekin ei vielä niin tuttu. Pitää muistaa myös rajoittaa potilaan p.o.-juontia esim. leikkaus päivänä. Hoitosuunnitelmat pitkiä, sekavia ja vanhaa tietoa sisältäviä → ei siis aina päivitetä.

Vastaus 4:

Koneet eivät toimineet riittävän hyvin. → HUS osti uudet. Hoitajia saatiin lisää, jolloin heillä oli aikaa perehtyä enemmän omiin potilaisiin. Osastolta poistuisivat?-päivystyspotilaat yllälääkärin ohjeella ja keskityimme vain ydinasiaan eli suolipotilaiden hoitoon. Vastuuhoitaja joka huoneessa / 1 hoitaja/potilas. Lääkärien työajat järjeitettiin, aikaa kiertoon ennen pkl:n alkua varattiin enemmän. (ylläläkärit sijoituslistojen tekijät huomioivat?)Yksi parannusehdotus lisää: esim. huone 12 - yksi kirurgi, ja siellä omat leikkauspotilaat (elektiiviset).

Vastaus 5:

Vuosi sitten hoitajaa ei huomioitu kierrolla vaan hoidettiin useaa potilasta yhtä aikaa. Hoitaja ei kuullut, päässyt kysymään lääkäriltä. Nyt hoitajaa odotetaan ennen määräyksiä. Potilas ei saa tietää huonoja uutisia, KUTEN hyvä hoito edellyttäisi. Potilaalle ei anneta aikaa, kun syöpädiagnoosista kerrotaan. Sitä ei kerrota rauhassa tai se kerrotaan kierrolla kuten muutkin asiat. Hoitaja ei mukana kun diagnoosi tulee potilaalle. Nyt lääkäri ja hoitaja yhdessä pysähtyvät hetkeksi potilaan kohdalle. Hoitaja myöhemmin voisi jatkaa keskustelua ym.

Vastaus 6:

Kierrolla ei hypitä enää monen potilaan luona samaan aikaan, vaan keskitytään yhteen potilaaseen kerrallaan. Tähän tilanteeseen on ehkä päästy niin, että lääkäreille on annettu enemmän aikaa kierrolle. + jokainen hoitaa ns. oman tonttinsa. Kaikki määräykset löytyvät aina nuijan alta. Koneet siis toimii hyvin ja sairaalalääkäri ehtii kirjata kaiken. Hoitajien raportit ovat kehittyneet eteenpäin ja selkeämmiksi.

Liite 3:

Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelen sairaanhoitajaksi Laurea AMK Otaniemessä, ja olen parhaillaan tekemässä tutkintooni liittyvää opinnäytetyötä aiheesta lääkärintoiminta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa toimintaohje lääkärintoiminnan kehittämiseksi vatsaelinkirurgiselle vuodeosastolle. Työni tavoitteena on kehittää osastonne toimintaa.

Opinnäytetyöni tiedonkeruu menetelmänä käytän ”Tulevaisuuden muistelu” palaveria, joka on ratkaisukeskeinen menetelmä, jossa työskentely, ajattelu ja keskustelu suunnataan toivottuun tavoitteeseen ja edistysaskeliin, jotka vievät sitä kohti. Tulevaisuuden muistelun avulla irrottaudutaan nykyhetkestä, ennakoita hyvää lähitulevaisuutta ja etsitään kehitettävään kohteeseen uusia vaihtoehtoja ja ratkaisuja.

Kyseessä on osallistava suunnittelupalaveri, jossa jokainen saa vuorollaan esittää ja kuulla näkemyksiä toivottavasta toiminnasta ja ”tulevaisuudesta” sekä tuoda esiin huolia ja kertoa niiden vähentämisestä.

Kutsun sinut osallistumaan ”tulevaisuuden muistelu” palaveriin, joka järjestetään osastotunnillanne to 7.6.2018 klo.14.00. Pyydän jo etukäteen valmistautumaan palaveriin pohtimalla kehittämistarpeita/kohteita koskien osastonne lääkärintoimintakäytäntöä, joita haluatte tuoda keskustelussa esiin. Osallistuminen palaveriin on vapaaehtoista. Kiitos etukäteen yhteistyöstä!

Terveisin,

Janica Laine

AMK-opiskelija

janica.laine@student.laurea.fi

xxx xxxxxxxx

